Le programme de réadaptation cardiaque de la Montérégie

2000 - 2003

Mai 2000

106-06293/

Auteurs
Alain Messier, md
Serge Goulet, md
José St-Cerny, md

Secrétariat
Ginette Malo
Thérèse Bérard
Christiane Fournier

Conception et réalisation de la page couverture
Bernard Lafleur
Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

La copie tue le livre ! *Cette phrase est devenue une maxime dans le domaine de la protection des droits d'auteur. Si ce document vous plaît, c'est peut-être parce que tant sa présentation que son contenu ont été soigneusement traités et ce, avec un souci de qualité digne de ses lecteurs. Copier c'est reproduire, acheter c'est produire !*

Merci !

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Madame Ginette Malo
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 3016

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : A 14,495

Dépôt légal - 2e trimestre 2000
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
ISBN 2-89342-169-5

Mot du directeur

Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent la première cause de décès au Canada. En Montérégie, chaque année les MCV sont responsables de près de 3000 décès, et plus de 4 000 hospitalisations. Cependant, elles peuvent être prévenues. Dans la plupart des cas, la modification des habitudes alimentaires, l'arrêt du tabagisme, la pratique régulière d'activités physiques ainsi que le contrôle de l'obésité et du stress peuvent aider à limiter les MCV.

Après un événement coronarien, la modification des facteurs de risque et le traitement préventif diminuent l'incidence de nouveaux événements coronariens, réduisent la mortalité, améliorent la tolérance à l'effort, tout en contribuant au bien-être physique et psychologique des personnes atteintes.

Malgré ses avantages bien documentés, la réadaptation cardiaque demeure peu accessible en Montérégie comme dans le reste du Québec. Des consultations récentes montrent toutefois qu'elle est souhaitée par les médecins et les professionnels des centres hospitaliers de courte durée.

Dans cet optique, la Direction de la santé publique (DSP) de la Montérégie propose ce programme de réadaptation cardiaque aux hôpitaux de courte durée (CHCD) de sa région. En plus d'élaborer le programme, la DSP prévoit amorcer et supporter la formation des organisations ou des groupes responsables de la réalisation du programme dans chaque centre hospitalier. De plus, elle prévoit soutenir la réalisation des projets et en coordonner l'évaluation complète.

Le centre hospitalier et les organismes locaux pourront s'inspirer de ce programme. La réalisation de ce dernier dans les établissements et les organisateurs se fera avec le constant soutien de la DSP de la Montérégie.

Le directeur,

Luc Boileau, M.D., FRCPC

Remerciements

Nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui ont collaboré à l'élaboration de ce programme; elles nous ont été d'une aide très précieuse. Nous tenons cependant à souligner la contribution particulière des personnes suivantes :

le Directeur de la santé publique, le docteur Luc Boileau, qui a reconnu la maladie cardiovasculaire en Montérégie comme un problème de santé publique prioritaire, auquel il faut s'attaquer à tous les niveaux de prévention;

le coordonnateur de la promotion-prévention, monsieur Luc Morel, spécialiste de l'activité physique, pour son support administratif et son expertise en promotion de l'exercice;

la docteure Marianne Xhignesse, maintenant médecin responsable de l'éducation médicale continue de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, qui a créé et soutenu le premier programme en Montérégie, à l'hôpital du Haut-Richelieu de Saint-Jean-sur-Richelieu, pour son support constant, son assistance et son expertise;

l'équipe de réadaptation cardiaque de l'hôpital du Haut-Richelieu, qui maintient le programme depuis 7 ans, pour sa collaboration et son encouragement tacite à persévérer; merci particulier aux infirmières responsables de la coordination, mesdames Monique Landry, Louise Lavigne, Hélène Bessette, à l'infirmier monsieur Yves Dupuis et au responsable médical, le docteur Jacques Karam, cardiologue;

mesdames Hélène Bouchard et Lucie Bériault, bibliotechniciennes, pour leur assistance à la documentation;

mesdames Ginette Malo, Christiane Fournier et Thérèse Bérard, secrétaires, pour leur excellent travail de secrétariat, pour leur disponibilité et leur patience;

madame Nathalie Tremblay et la compagnie AstraZeneca, pour l'aide financière.

Nous voulons enfin exprimer notre reconnaissance au docteur Martin Juneau, cardiologue, chef du service de prévention et de réadaptation cardiaque de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM), pour l'accès à son expertise, pour son encouragement à créer ce programme, pour l'avoir révisé et pour lui avoir donné un appui sans réserve.

Table des matières

Introduction ____ *9*

1. La réadaptation cardiaque ____ *11*
L'évolution du concept de la réadaptation cardiaque ... 12
Les résultats démontrés ... 13
Les interrogations ... 13

2. Le programme de réadaptation cardiaque de la Montérégie ____ *15*
Identification des besoins et des problèmes ... 15
Le Programme ... 15
- Population cible ... 16
- Objectifs ... 16
- Activités ... 17
- L'évaluation ... 17

3. La description des groupes d'activités (sous-programmes) ____ *19*

3.1 L'éducation ____ *19*
Définition ... 19
Assises scientifiques ... 19
Objectifs ... 20
Interventions ... 20
Ressources ... 21
- Ressources humaines ... 21
- Ressources physiques ... 21
- Ressources financières ... 21

Évaluation ... 21

3.2 La stratification du risque ____ *22*
Définition ... 22
Assises scientifiques ... 22
Objectifs ... 23
Interventions ... 23
Ressources ... 23
- Ressources humaines ... 23
- Ressources physiques ... 24
- Ressources financières ... 24

Évaluation ... 24

3.3 Les relances personnalisées 25
Définition 25
Assises scientifiques 25
Objectifs 25
Interventions 25
Ressources 26
- Ressources humaines 26
- Ressources physiques 26
- Ressources financières 26

Évaluation 26

4. Les activités de support au programme de réadaptation cardiaque 29

4.1 Groupes d'aide à cesser de fumer 29

4.2 Ateliers de saine alimentation 30

4.3 Cliniques de gestion du stress 31

4.4 Programme d'encouragement à la pratique de l'activité physique 31

4.5 Éducation médicale spécifique 32

5. Échéancier d'implantation du programme 35

Tableaux 39

Annexes 49

Bibliographie 59

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent la première cause de décès au Canada et une cause importante d'invalidité et de maladie[1]. Elles causent près de 40 % des décès dont 21 % des décès avant l'âge de 65 ans. Leur coût direct de 7.3 milliards par an est le plus élevé de toutes les maladies; il représente 17 % des dépenses de la santé. Leur coût annuel indirect est estimé à 12,3 milliards ou 14,5 % des coûts indirects de toutes les maladies[2].

On sait cependant que la plupart des maladies cardiovasculaires découlent des effets de plusieurs facteurs associés comme le tabagisme, l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol sanguin élevé, de mauvaises habitudes alimentaires, l'obésité, un mode de vie sédentaire et le stress psychosocial[3]. On sait aussi que les programmes de réadaptation cardiaque limitent les effets physiologiques et psychologiques de la maladie cardiaque, réduisent le risque de mort subite et d'un deuxième infarctus, contrôlent les symptômes cardiaques, stabilisent ou font régresser l'athérosclérose et peuvent même améliorer le statut psychosocial et professionnel. En effet, la réadaptation cardiaque réduit la mortalité et la morbidité des MCV[4] de façon rentable[5]. Elle est reconnue comme une partie intégrale des services en cardiovasculaire[6, 7], mais elle demeure peu utilisée par les cliniciens.

Ce document traitera brièvement des avantages de la réadaptation cardiaque et il présentera le programme de réadaptation cardiaque de la Montérégie. Les trois groupes d'activités qui sont aussi des sous-programmes seront ensuite décrits. Des activités de support à la modification des comportements seront proposées.

La plupart des données sur la réadaptation cardiaque, rapportées dans ce texte, sont tirés de Cardiac Rehabilitation Clinical Practice Guideline[4], un document d'autorité du Département de la santé des États-Unis, rédigé par un groupe d'experts, réunis par l'American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Quant aux recommandations médicales spécifiques, elles ont été tirées des deux ouvrages de référence médicale suivants : Clinical Cardiac Rehabilitation, A Cardiologist's Guide[8] et ACSM'S Guidelines for Exercise Testing and Prescription[9].

1. La réadaptation cardiaque

Les services de réadaptation cardiaque sont un ensemble de programmes à long terme ayant pour but de limiter les effets physiologiques et psychologiques de la maladie cardiaque, de diminuer le risque de mort subite ou d'un deuxième infarctus, de contrôler les symptômes cardiaques, de stabiliser ou de faire régresser l'athérosclérose et d'améliorer l'état psychosocial et professionnel de certains patients. Ils comprennent l'évaluation médicale, la pratique d'activités physiques prescrits, la modification des facteurs de risque, l'éducation et le « *counselling* »[4].

L'évolution du concept de la réadaptation cardiaque[5]

Au début du siècle, les victimes d'un infarctus du myocarde demeuraient alitées pendant 2 mois par crainte que l'activité physique ne produise un anévrisme et une rupture de la paroi ventriculaire. À la fin des années 30, la description du processus de cicatrisation de l'infarctus s'étendant sur plus de 6 semaines vint renforcer cette pratique de l'alitement prolongé.

Ce n'est qu'à la fin des années 40 que l'efficacité du repos prolongé fut questionnée et que le lever au fauteuil fut recommandé. C'était une première remise en question du repos absolu. On qualifiait alors de lever précoce, la marche de 3 à 5 minutes 2 fois par jour pendant la quatrième semaine de convalescence post infarctus. Il fallut attendre 1956 pour voir le lever précoce autorisé à la deuxième semaine. Les premiers rapports sur l'utilité et la sécurité des programmes d'activité physique progressive ne furent publiés qu'en 1961. À cette époque, l'hospitalisation de 3 semaines était la norme aux États-Unis.

Au début des années 70 on assista à un débordement d'activités de recherche sur la mobilisation précoce, en Angleterre et dans d'autres pays où les coûts de l'hospitalisation devenaient un problème social majeur. Les études contrôlées avaient démontré que la mobilisation précoce n'augmentait pas l'angine, l'incidence d'un deuxième infarctus et de la défaillance cardiaque, ni la mortalité; mais elles avaient démontré que les patients soumis au repos prolongé avaient, un 1 an plus tard, une plus grande incapacité fonctionnelle. Elles avaient démontré que la mobilisation précoce était avantageuse pour les patients qui avaient souffert de complications comme l'angine ou l'insuffisance cardiaque pendant la phase de convalescence précoce de leur infarctus, mais que la mortalité et la morbidité étaient, en général, beaucoup plus élevées chez ces patients. On sait, en effet, que les critères cliniques de risque les plus importants sont : un infarctus ancien avec défaillance cardiaque ou choc cardiogénique. Chez ces patients, la mobilisation doit être reportée après stabilisation de leur état, et être faite graduellement sous supervision immédiate.

Le concept de mobilisation précoce a continué à progresser; il s'est formalisé avec le temps et est devenu ce qu'on appelle la Phase 1 ou la réadaptation du patient hospitalisé. L'activité réalisée pendant l'hospitalisation aux soins intensifs est limitée à 2 METs. Le principal but de l'activité physique recommandé pendant la phase 1 est d'adapter la condition du patient aux efforts physiques requis à son retour à la maison.

Avec le temps, les limites de l'activité ont été repoussées prudemment et, entre 1970 et 1980, le séjour hospitalier est passé de 14 à 10 jours. En 1999, le séjour moyen d'un patient victime d'un infarctus non compliqué est de 6 à 7 jours. Cette dernière constatation confirme l'importance des programmes de réadaptation externes.

Les résultats démontrés[4]

La réadaptation cardiaque diminue le mortalité; elle améliore la tolérance à l'effort, la symptomatologie angineuse, l'insuffisance cardiaque, le profil lipidique, le taux d'abandon du tabagisme et le bien-être en général. Ces résultats sont associés à la pratique de l'activité physique et à la modification des autres facteurs de risque de maladie cardiovasculaire.

Prescrite et pratiquée correctement, l'activité physique devrait être une composante intégrale des services de réadaptation cardiaque. Ell profite particulièrement aux patients dont la tolérance à l'effort est faible. L'amélioration de la tolérance à l'effort est observée chez les hommes et les femmes, incluant les personnes âgées porteuses de maladie coronarienne et d'insuffisance cardiaque. Le maintien de l'amélioration exige la poursuite des activités.

La pratique de l'activité physique diminue l'angine chez les coronariens; cette observation clinique est corroborée par l'électrocardiogramme et les examens de médecine nucléaire. Elle diminue aussi les symptômes de l'insuffisance cardiaque associée à la fonction systolique du ventricule gauche; cette amélioration de l'insuffisance cardiaque s'ajoute aux bénéfices de la médication.

Cependant, l'activité physique seule est insuffisante pour améliorer le profil lipidique et le taux d'abandon du tabac. Les interventions multifactorielles et la médication appropriée sont nécessaires à l'amélioration du profil lipidique. Le taux d'abandon du tabac augmente de 16 à 26 % chez les coronariens soumis au programme multifactoriel de réadaptation. Cette augmentation s'ajoute au taux élevé de ceux qui cessent spontanément après un événement cardiaque.

Le bien-être psychologique et le fonctionnement sont généralement améliorés par l'ensemble des services de réadaptation, mais la pratique de l'activité physique apporterait des bénéfices additionnels.

Trois ans après un infarctus du myocarde, les études montrent une réduction de mortalité de 25 % chez les patients soumis aux interventions multifactorielles. Cette baisse se rapproche de celle qui est observée avec les B-bloquants en post infarctus et avec les inhibiteurs de

l'enzyme de conversion de l'angiotensine dans la dysfonction systolique ventriculaire gauche.

La sécurité de l'activité physique, en réadaptation cardiaque, est reconnue à cause du très bas taux d'infarctus et de complications cardiovasculaires signalés au cours de l'activité physique.

Les interrogations

Les avantages de la réadaptation cardiaque sont bien démontrés chez les populations étudiées mais des études doivent être complétées. En effet, on ne sait pas si les mêmes approches sont aussi efficaces pour les hommes et les femmes aux différentes tranches d'âge, compte tenu que la plupart des études disponibles concernent des hommes d'âge moyen. On a peu d'information sur les patients de plus de 70 ans et les études concernant les femmes sont peu nombreuses.

Les premières études sur l'éducation concernaient des patients en convalescence d'infarctus et visaient à connaître le contenu idéal d'un programme d'éducation. Il n'y a pas d'études sur les besoins éducationnels et les opportunités d'intervention auprès du patient porteur de problèmes cardiaques sévères comme l'insuffisance cardiaque.

On a peu d'études sur les programmes d'éducation des patients externes. L'éducation à domicile par téléphone ou par l'infirmière visiteuse est une approche plus courante en Angleterre. Les rencontres hebdomadaires à la clinique externe et le suivi téléphonique sont plus utilisés aux États-Unis. Dans les études rapportées, l'éducation s'adressait au patient, au couple et aux groupes de patients. Les interventions portaient sur la cessation de fumer et la prévention des rechutes, la reprise des activités, l'économie d'énergie (particulièrement importante chez les insuffisants cardiaques sévères), la prescription de l'activité physique, la reprise des activités sexuelles, le retour au travail, l'alimentation, la médication, le contrôle de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies, l'observance aux recommandations et la pratique de l'activité physique[4].

Le programme de réadaptation cardiaque de la Montérégie prévoit l'ensemble des activités reconnues utiles à l'atteinte des résultats attendus d'un tel programme. Des projets de recherche évaluative sont prévus. Ils devraient permettre de mesurer l'efficacité du programme et de répondre à certaines des interrogations soulevées.

2. Le programme de réadaptation cardiaque de la Montérégie

IDENTIFICATION DES BESOINS ET DES PROBLÈMES

En Montérégie, les MCV causent annuellement 2 876 décès soit 37 % de tous les décès et les cardiopathies ischémiques, leur principale catégorie (CIM-9 410-414), 4 326 hospitalisations.

Alors que plus de 300 programmes de réadaptation cardiaque sont actuellement en fonction au Canada, il n'en existe qu'une dizaine au Québec. En Montérégie, tous les centres hospitaliers de courte durée (CHCD) font de l'éducation et remettent de la documentation aux patients pendant leur séjour à l'unité coronarienne; certains leur offrent un programme d'éducation dans le mois qui suit l'hospitalisation; mais aucun n'offre un programme structuré de réadaptation cardiaque qui, par définition, doit comprendre l'éducation, des activités visant la modification des facteurs de risque, dont la pratique de l'activité physique et un suivi sur une certaine période.

Ce sont l'importance des maladies cardiovasculaires en Montérégie, l'efficacité des programmes de réadaptation cardiaque et le manque d'accessibilité à ces programmes qui justifient la Direction de la santé publique de recommander la réalisation de programmes de réadaptation cardiaque dans les 10 hôpitaux de courte durée de la Montérégie.

Le programme proposé établit un cadre général que chaque milieu pourra adapter à ses particularités.

LE PROGRAMME

Le Programme de réadaptation cardiaque de la Montérégie est un ensemble coordonné d'activités visant, sur une période de trois ans, la diminution des facteurs de risque de MCV et l'amélioration du bien-être physique et psychosocial des personnes coronariennes hospitalisées dans les hôpitaux de courte durée (CHCD) de la Montérégie. Ces activités sont réparties en trois groupes ou sous-programmes: ***l'éducation, la stratification du risque et les relances personnalisées***.

Le contenu du programme doit être approuvé par un comité scientifique du centre hospitalier. Il est absolument essentiel que le médecin hospitalier, c'est-à-dire celui qui a traité le patient lors de son épisode aigu, soit non seulement impliqué, mais tout à fait d'accord avec le programme.

Pour faciliter la modification des facteurs de risque, la Direction de la santé publique contribuera à rendre accessibles des groupes d'aide à cesser de fumer et à gérer le stress et

des ateliers de saine alimentation. Elle prévoit aussi encourager la pratique de l'activité physique en milieu supervisé et collaborer à la réalisation d'un programme d'éducation médicale spécifique à la réadaptation cardiaque.

Population cible

La population cible du programme est composée des personnes hospitalisées pour une cardiopathie ischémique (CIM-9 : 410-414) dans les 10 hôpitaux de courte durée de la Montérégie. En 1996, le nombre de ces personnes était 4 326. La répartition de ces hospitalisations dans les centres hospitaliers de courte durée (CHCD) de la Montérégie est reproduite aux Tableaux 1 et 2.

Il est prévu, ultérieurement, d'inclure dans la population cible, les personnes non hospitalisées mais porteuses d'insuffisance coronarienne documentée, les personnes asymptomatiques à haut risque, les personnes atteintes d'autres maladies cardiovasculaires et les personnes diabétiques.

Objectifs

Les objectifs du programme sont de diminuer la mortalité précoce et la morbidité de la maladie coronarienne chez les personnes participantes par l'augmentation des connaissances, l'amélioration de la pratique de l'activité physique, la modification des facteurs de risque, l'observance aux recommandations et l'augmentation des utilisateurs du traitement préventif.

Les objectifs s'énoncent ainsi :

Après trois ans :

- les personnes exposées aux activités du programme :
  - auront un taux d'abandon du tabac augmenté;
  - seront plus nombreuses à avoir un cholestérol LDL < 2,5 mmol;
  - seront plus nombreuses à faire de l'activité physique;
  - seront plus nombreuses à recevoir un traitement préventif;
  - auront une épreuve d'effort améliorée;
  - seront moins nombreuses à avoir une obésité abdominale;
  - auront une baisse de perception du stress.
- un programme de réadaptation cardiaque sera accessible dans les 10 centres hospitaliers de courte durée (CHCD) de la Montérégie.

Activités

Les activités sont décrites dans le chapitre 2 du programme. Elles sont réparties en trois groupes ou sous programmes : ***l'éducation, la stratification du risque et les relances personnalisées***.

L'éducation comprend une série de rencontres d'information sur les maladies cardiovasculaires pendant les premiers mois qui suivent l'événement cardiaque.

La stratification du risque s'entend d'une visite médicale au cours de laquelle sont réalisés les questionnaires, les examens médicaux et les tests pertinents pour évaluer la condition du patient victime d'un événement cardiaque, le classer selon son niveau de risque et lui faire les recommandations pertinentes.

Les relances personnalisées sont une série de 5 appels téléphoniques faits aux personnes participant au programme, 3, 6, 12, 24 et 36 mois après leur participation à l'activité d'éducation. Au cours de ces appels, le professionnel de la santé responsable s'informera de l'évolution de leur maladie et de leurs facteurs de risque. Il colligera au dossier les informations recueillies, leur donnera les conseils pertinents et les encouragera à modifier leurs comportements à risque ou à maintenir les modifications déjà entreprises.

L'évaluation

Le planificateur, qui veut le succès de son programme et connaître les raisons de la réussite plus ou moins grande qu'il a obtenue, aura intérêt à inclure au moins trois aspects de l'évaluation qui correspondent aux objectifs, aux activités et aux ressources[10].

L'évaluation de la structure mesure la qualité et la quantité des ressources qui ont été mobilisées; l'évaluation du processus ou du déroulement des activités questionne la qualité et la quantité des interventions réalisées et; l'évaluation des résultats vise à déterminer le degré d'atteinte des objectifs du programme. Chaque activité ou chaque groupe d'activités fera l'objet des trois aspects de l'évaluation.

Le programme de réadaptation cardiaque de la Montérégie fera l'objet d'un projet de recherche visant à vérifier les résultats de la réadaptation cardiaque pour l'ensemble de la population cible de la Montérégie.

La littérature démontre bien l'utilité d'un programme de réadaptation cardiaque pour les personnes qui le suivent, qui modifient leurs comportements à risque et surtout, qui adoptent l'habitude de la pratique de l'activité physique. Cependant, l'efficacité du programme, c'est à dire les avantages pour l'ensemble de la population visée, doit être évaluée pour chaque programme.

Évaluation de la structure (la structure favorise-t-elle l'accessibilité?) :

- le genre et le niveau des ressources sont-ils adéquats?
- leur nombre est-il suffisant?
- l'organisation est-elle optimale?
  - accessibilité géographique (lieu)
  - accessibilité temporelle (horaire)
  - accessibilité sociale (barrières à l'utilisation)
  - accessibilité économique (coûts pour l'usager)

Évaluation du processus (l'accessibilité est-elle reconnue par les usagers ?) :

- le contenu est-il conforme aux normes (qualité) ?
- le contenu répond-il au besoin de l'usager ?
- les relations interpersonnelles sont-elles bonnes ?
  - du point de vue des usagers
  - du point de vue des professionnels
- le profil de l'utilisateur est-il bon ?
- la population cible est-elle rejointe ?

Évaluation des résultats (les activités ont-elles produit les changements attendus ? Les objectifs du programme ont-ils été atteints ?) :

- augmentation des connaissances des MCV et des facteurs de risque;
- baisse de la prévalence des facteurs de risque;
- augmentation de l'endurance à l'effort;
- augmentation du taux de personnes recevant un traitement préventif;
- augmentation du taux d'observance aux recommandations.

SCHÉMA D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

ÉTAT INITIAL	GROUPES D'ACTIVITÉS	ÉTAT FINAL
♦ Connaissance des MCV et des facteurs de risque ♦ Facteurs de risque (prévalence) ♦ Endurance à l'effort ♦ Traitement préventif reçu ♦ Observance aux recommandations	♦ Éducation ♦ Stratification du risque ♦ Relances personnalisées	♦ Connaissance des MCV et des facteurs de risque ♦ Facteurs de risque (prévalence) ♦ Endurance à l'effort ♦ Traitement préventif reçu ♦ Observance aux recommandations

3. La description des groupes d'activités (sous-programmes)

Les activités du programme sont réparties en trois groupes ou sous-programmes : l'éducation, la stratification du risque et les relances personnalisées. Chaque groupe d'activités sera décrit selon les divisions suivantes: définition, assises scientifiques, objectifs, interventions, ressources et évaluation.

3.1 L'éducation

DÉFINITION

L'éducation comprend d'une série de cours sur les facteurs de risque de MCV, sur la maladie coronarienne, sa prévention et son traitement. Ces activités commencent pendant l'hospitalisation et se poursuivent en externe pendant les premiers mois qui suivent l'événement cardiaque.

Le programme « *A vous de jouer* »[11] de la Fondation des maladies du cœur du Québec est un exemple d'activités d'éducation du patient et de sa famille.

ASSISES SCIENTIFIQUES

L'éducation, le « *counseling* » et les interventions behavioriales sont des éléments importants de la réadaptation cardiaque. L'éducation s'entend de l'instruction systématique. Le « *counseling* » est identifié à la dispensation d'avis, de support et de consultations. Les « *interventions behavioriales* » réfèrent à une formation en techniques de modification des comportements reliés à la santé.

Selon les conclusions d'une méta-analyse de 28 études contrôlées sur l'éducation des patients, citée dans Cardiac Rehabilitation Clinical Practice Guideline[4], les programmes d'éducation ont un impact mesurable sur la tension artérielle, la mortalité, l'activité physique et la diète; ils ont aussi un impact positif, mais moins constant, sur d'autres variables. Le type de communication n'influence pas les résultats mais le respect des principes de l'éducation est important. Les programmes de réadaptation cardiaque devraient faire appel au renforcement, s'adapter aux individus, les informer des résultats, faciliter le changement de comportement par le développement d'habiletés et de ressources et répondre aux besoins et aux aptitudes des patients. L'éducation seule ne change pas le comportement bien qu'elle

réduise l'anxiété et soulage la dépression; elle est cependant une étape essentielle dans le processus de changement. Une combinaison d'éducation, de « *counseling* » et « *d'interventions behavioriales* » semble très efficace à promouvoir la santé, à réduire le risque et à modifier favorablement le style de vie. Les interventions « *behavioriales* » spécifiques faisant appel à la théorie d'apprentissage social (social learning theory) ont été recommandées.

Compte tenu de la réceptivité de la clientèle, peu de temps après l'événement, l'accessibilité à l'éducation dans les premiers mois qui suivent l'événement cardiaque est souhaitable.

OBJECTIFS

Les objectifs de l'éducation sont d'augmenter les connaissances sur les MCV et les facteurs de risque, de diminuer l'appréhension face à la maladie, d'augmenter l'observance aux traitements et aux recommandations et de diminuer la prévalence des facteurs de risque.

INTERVENTIONS

Les premières interventions d'éducation commencent lors de l'hospitalisation. Les activités du programme commencent dans les premiers mois qui suivent l'événement coronarien. Il s'agit d'une suite de rencontres de groupe au cours desquelles les sujets suivants sont discutés :

- la maladie coronarienne (athérosclérose et artères coronaires, la douleur angineuse, distinguer l'angine de l'infarctus);
- les facteurs de risque et les moyens de réduire son risque;
- les examens (E.C.G., épreuve d'effort, épreuve au thallium, coronographie, etc.);
- la reprise des activités (planification, surveillance du pouls, échelle de Borg, etc.);
- la médication (son utilité, l'importance d'être fidèle aux traitements, etc.);
- les réactions émotives suite à la maladie coronarienne;
- l'impact de l'événement coronarien sur le patient et sa famille;
- la réduction du stress;
- la sexualité;
- l'accessibilité à la formation en réanimation cardiorespiratoire;
- les grandes lignes d'un régime alimentaire pauvre en matières grasses et en cholestérol;
- les recommandations du guide alimentaire;
- la lecture des étiquettes.

Le contenu de cette formation doit avoir été approuvé par le comité scientifique du programme de réadaptation cardiaque du centre hospitalier.

Idéalement, les participants sont recrutés par le personnel infirmier au cours de l'hospitalisation; ils sont encouragés à se faire accompagner d'un proche.

L'horaire des rencontres doit tenir compte des besoins des participants, de la disponibilité des intervenants et de l'accessibilité des locaux.

RESSOURCES

Ressources humaines

Un infirmier coordonnateur est essentiel à la réalisation du programme. Il doit être choisi pour son intérêt à la réadaptation cardiaque, ses connaissances et son expérience en cardiologie et ses habiletés en organisation et en communication. Les autres intervenants sont : médecin, pharmacien, diététiste, psychologue, sexologue et professionnel de l'activité physique. Il est souhaitable d'impliquer les professionnels du milieu hospitalier.

Ressources physiques

Les ressources physiques comprennent : un local suffisamment grand pour recevoir une vingtaine de participants, des documents pour les participants et le matériel audiovisuel nécessaire aux présentations.

Ressources financières

Un estimé des ressources financières est produit au tableau 3.

ÉVALUATION

Évaluation de la structure (la structure favorise-t-elle l'accessibilité ?) :

- le genre et le niveau des ressources sont-ils adéquats ?
- leur nombre est-il suffisant ?
- l'organisation est-elle optimale ?
  - accessibilité géographique (lieu)
  - accessibilité temporelle (horaire)
  - accessibilité sociale (barrières à l'utilisation)
  - accessibilité économique (coûts pour l'usager)

Évaluation du processus (l'accessibilité est-elle reconnue par les usagers ?) :

- le contenu est-il conforme aux normes (qualité) ?
- le contenu répond-il au besoin de l'usager ?
- les relations interpersonnelles sont-elles bonnes ?
  - du point de vue des usagers
  - du point de vue des professionnels
- le profil de l'utilisateur est-il bon ?
- la population cible est-elle rejointe ?

Évaluation des résultats (les activités ont-elles produit les changements attendus ?) :

- les connaissances ont-elles été améliorées ?
- les facteurs de risque ont-ils été modifiés ?
- les participants sont-ils moins inquiets face à leur maladie ?

3.2 La stratification du risque

DÉFINITION

La stratification du risque s'entend d'une visite médicale au cours de laquelle sont réalisés les questionnaires, les examens médicaux et les tests pertinents pour évaluer la condition du patient victime d'un événement cardiaque, le classer selon son niveau de risque et lui faire les recommandations pertinentes.

ASSISES SCIENTIFIQUES[8]

Dans les années 1980, diverses interventions ont été reconnues efficaces pour augmenter la survie de certains sous-groupes après un infarctus du myocarde. Le processus d'identification de ces sous-groupes, appelé la stratification du risque, fait partie intégrale du suivi des patients victimes d'un infarctus du myocarde. Il permet d'évaluer les patients et de les classer selon que leur niveau de risque est faible, intermédiaire ou élevé. Cette catégorisation sert à justifier des interventions, des niveaux de surveillance et la prescription de l'activité physique.

Lorsqu'un candidat à la réadaptation cardiaque est identifié, le médecin doit s'assurer que son état est stable. Trois éléments déterminent le pronostic d'un patient porteur d'une maladie coronarienne : la quantité de son myocarde à risque d'ischémie, l'importance de sa dysfonction ventriculaire gauche et le potentiel arythmique de son cœur.

OBJECTIFS

Dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque, l'objectif de la stratification du risque est la prescription de l'activité physique adaptée au niveau de risque du patient, le « *counselling* » nécessaire aux modifications des facteurs de risque et la prescription de la médication préventive.

INTERVENTIONS

L'évaluation médicale pertinente à la stratification du risque comprend :

- l'étude du dossier : histoire, rapports d'examens;
- le questionnaire et l'examen physique;
- la prescription d'examens complémentaires pertinents : E.C.G., Rx poumons, échographie, Holter, Thallium, etc.;
- l'épreuve d'effort;
- le diagnostic fonctionnel;
- l'attribution d'une classe pour l'activité physique (classification de l'American Heart Association);
- l'identification du niveau d'activité physique recommandé;
- les recommandations pour modifier les facteurs de risque;
- le rapport au médecin traitant incluant l'information sur la médication préventive recommandée.

Les procédures de stratification du risque et les normes à respecter sont bien établies et reconnues. L'évaluation de la qualité de l'acte médical en surveille l'application.

RESSOURCES

Ressources humaines

La stratification du risque doit être faite par un médecin détenant un permis de pratique (*cardiologue, interniste, omnipraticien*), qui possède les qualités suivantes :

- intérêt et expérience en réadaptation cardiaque;
- expérience en évaluation de la condition physique et prescription de l'activité physique;
- certification en réanimation cardiaque avancée ou formation et expérience en intervention d'urgence.

Il appartiendra au CMDP de chaque hôpital de reconnaître la stratification du risque parmi les privilèges accordés.

Afin de coordonner et d'assurer le suivi des patients, on devra prévoir la participation de l'infirmier coordonnateur.

Ressources physiques

Compte tenu que la stratification du risque, en vue de la prescription de l'activité physique, doit comprendre une épreuve d'effort, il est souhaitable que la visite médicale soit faite dans un milieu organisé pour faire cette épreuve : la clinique externe du centre hospitalier ou une clinique privée organisée pour faire des épreuves d'effort.

Ressources financières

Un estimé des ressources financières est produit au tableau 4.

L'épreuve d'effort, au cours du mois qui suit l'infarctus du myocarde, fait déjà partie du suivi du patient victime d'un événement cardiaque.

ÉVALUATION

Évaluation de la structure (la structure favorise-t-elle l'accessibilité ?)

- le genre et le niveau des ressources sont-ils adéquats ?
- leur nombre est-il suffisant ?
- l'organisation est-elle optimale ?
  - accessibilité géographique (lieu);
  - accessibilité temporelle (horaire);
  - accessibilité sociale (barrières à l'utilisation);
  - accessibilité économique (coûts pour l'usager).

Évaluation du processus (l'accessibilité est-elle reconnue par les usagers ?)

- le contenu est-il conforme aux normes (qualité) ?
- le contenu répond-il au besoin de l'usager ?
- les relations interpersonnelles sont-elles bonnes ?
  - du point de vue des usagers;
  - du point de vue des professionnels.
- le profil de l'utilisateur est-il bon ?
- la population cible est-elle rejointe ?

Évaluation des résultats (les activités ont-elles produit les résultats attendus ? Les objectifs directement visés ont-ils été atteints) :

- le participant a-t-il été classé selon son niveau de risque ?
- le niveau d'activité physique pertinent a-t-il été recommandé ?
- le rapport du médecin traitant est-il complet ?

3.3 Les relances personnalisées

DÉFINITION

Les relances personnalisée sont une série de 5 appels téléphoniques faits aux personnes participant au programme, 3, 6, 12, 24 et 36 mois après leur participation à l'activité d'éducation. Au cours de ces appels, le professionnel de la santé responsable s'informera de l'évolution de leur maladie et de leurs facteurs de risque. Il colligera au dossier les informations recueillies, leur donnera les conseils pertinents et les encouragera à modifier leurs comportements à risque ou à maintenir les modifications déjà entreprises.

ASSISES SCIENTIFIQUES

Pour changer un comportement et maintenir ce changement, l'individu doit franchir plusieurs étapes : reconnaître le besoin de changer; estimer que les avantages dépassent les inconvénients; améliorer l'estime de soi; s'approprier la décision; avoir des objectifs réalistes, un plan d'action souple, des renforcements positifs et le support des professionnels et de l'entourage. Les chances de succès sont plus grandes s'il existe une stratégie pour suivre les progrès et ajuster les plans. Le suivi, même après l'objectif atteint, est crucial surtout pour les personnes à risque de rechute[12].

L'éducation sanitaire personnalisée faite auprès des patients à haut risque augmente, chez eux, la pratique de l'activité physique et améliore leurs habitudes alimentaires[13].

OBJECTIFS

Les objectifs directs des relances personnalisées sont de modifier les comportements à risque de MCV et de maintenir les changements favorables pendant aux moins 3 ans. Le but ultime est de diminuer la prévalence des facteurs de risque, d'augmenter l'observance aux traitements et aux recommandations, de diminuer l'appréhension face à la maladie et de supporter le participant dans la modification de ses comportements.

INTERVENTIONS

Les interventions consistent en une entrevue initiale et quatre relances téléphoniques. L'entrevue initiale est faite lors de la stratification du risque avec un questionnaire initial; les relances téléphoniques sont faites à l'aide d'un questionnaire de suivi. Une ébauche de ces questionnaires est reproduite en annexe. Au cours des contacts, le professionnel désigné, à partir des éléments pertinents du dossier, s'informera de l'état de santé du patient, de la modification de ses habitudes, de la pratique de l'activité physique et de l'observance aux recommandations; il lui rappellera les avantages de la prévention; il en fera la promotion; il l'informera des ressources disponibles dans la communauté et demandera l'autorisation de le rappeler dans l'intervalle prévu au programme.

RESSOURCES

Ressources humaines

Le professionnel désigné devrait avoir une formation en sciences de la santé et de l'expérience en cardiologie et en prévention des maladies cardiovasculaires; il devrait aussi démontrer des habilités pour communiquer avec les personnes et un sens de l'organisation.

Ressources physiques

Un bureau fermé aménagé pour faire des entrevues confidentielles.

Ressources financières

Un estimé des ressources financières est produit au tableau 5.

ÉVALUATION

Évaluation de la structure (la structure favorise-t-elle l'accessibilité ?)

- le genre et le niveau des ressources sont-ils adéquats ?
- leur nombre est-il suffisant ?
- l'organisation est-elle optimale ?
  - accessibilité géographique (lieu)
  - accessibilité temporelle (horaire)
  - accessibilité sociale (barrières à l'utilisation)
  - accessibilité économique (coûts pour l'usager)

Évaluation du processus (l'accessibilité est-elle reconnue par les usagers ?)

- le contenu est-il conforme aux normes (qualité) ?
- le contenu répond-il au besoin de l'usager ?
- les relations interpersonnelles sont-elles bonnes ?
  - du point de vue des usagers
  - du point de vue des professionnels
- le profil de l'utilisateur est-il bon ?
- la population cible est-elle rejointe ?

Évaluation des résultats (les activités ont-elles produit les changement attendus ? Les objectifs directement visés ont-ils été atteints) :

- les facteurs de risque ont-ils été modifiés ?
- l'observance au traitement est-elle bonne ?
- le participant est-il moins inquiet face à sa maladie ?

4. Les activités de support au programme de réadaptation cardiaque

Le Programme de réadaptation cardiaque se limite aux trois groupes d'activités décrites dans le chapitre précédent. Cependant, les résultats attendus supposent l'accessibilité, dans la communauté, aux moyens utiles à la modification des comportements à risque de maladies cardiovasculaires que sont : l'habitude de fumer, l'alimentation inadéquate, le stress et la sédentarité.

Les responsables du programme régional de réadaptation cardiaque entendent collaborer avec la Direction de la santé publique, les CLSC et les hôpitaux à la création de groupes d'aide à cesser de fumer, d'ateliers de saine alimentation, de cliniques de gestion du stress et de programmes d'encouragement à la pratique de l'activité physique. Ils prévoient aussi s'assurer la collaboration des médecins de première ligne par la formation médicale spécifique à la réadaptation cardiaque.

4.1 Groupes d'aide à cesser de fumer

Des évidences scientifiques, des consensus et des revues de littérature, dont les messages du Surgeon General des États-Unis depuis 1965, reconnaissent que les interventions portant sur l'éducation, le « *counselling* » et la modification du comportement sont efficaces dans l'arrêt du tabagisme et la prévention des rechutes[4].

En 1988, une méta-analyse de trente-neuf études contrôlées sur la cessation du tabac, qui comparaient cent huit interventions[14], a montré que les interventions les plus efficaces étaient d'abord les interventions individuelles, puis celles qui avaient plusieurs modalités pour motiver le changement de comportement avec plusieurs intervenants et plusieurs rencontres sur une période de temps la plus longue possible.

Une autre étude sur l'évaluation des programmes de cessation de fumer[13] conclut que ces programmes sont utiles pour une petite mais importante partie de la population qui inclut les gros fumeurs, ceux qui sont le plus à risque de mortalité et de morbidité associées au tabac. Par ailleurs, un programme offert à un coût minime permettrait l'accès aux fumeurs des milieux socio-économiques faibles, une population où le pourcentage de fumeurs est très élevé.

Dans le but de lutter efficacement contre le tabagisme, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) préconise, depuis 1994, un plan d'action basé sur trois grands axes : la prévention du tabagisme, la protection des non-fumeurs et la cessation. Ce plan d'action s'inspire des principes et des stratégies mondialement reconnus pour combattre le tabagisme.

Le Programme d'aide à la cessation de fumer est en cours d'implantation dans les CLSC de la Montérégie. Le programme favorisé est celui que le docteur Jean Blouin réalise déjà dans deux CLSC depuis 1981 avec un taux d'efficacité de 32 %[16]. Il consiste en huit rencontres échelonnées sur sept semaines dont trois rencontres avant l'arrêt de fumer et cinq après.

L'implantation des cliniques sera sous la responsabilité des CLSC. L'évaluation de leur efficacité sera faite avec la collaboration et le support de la Direction de la santé publique de la Montérégie.

Les documents pertinents aux groupes d'aide à cesser de fumer, c'est-à-dire, les documents du participant, le guide de l'animateur et les questionnaires d'évaluation sont disponibles à la Direction de la santé publique. Un estimé des coûts de ces groupes se trouve au tableau 6.

4.2 Ateliers de saine alimentation

Lors du colloque « Un appel à l'action en nutrition au Québec[17] », la docteure Christine Collin, alors sous-ministre adjointe à la Direction générale de la santé publique du MSSS, déclarait :

> *Parmi les habitudes de vie qui conditionnent la santé, il convient d'insister particulièrement sur la nutrition : une bonne nutrition est essentielle à la santé et à la qualité de vie et, à l'inverse, une alimentation déficiente conduit à une kyrielle de troubles du développement et de maladies : l'insuffisance de poids à la naissance, l'anémie des nourrissons, la faible résistance aux infections, les problèmes de santé dentaire, l'obésité, le diabète, les maladies gastro-entériques, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, pour ne nommer que les plus importants. Dans les années 1980, on estimait que 30 % des maladies étaient d'origine alimentaire. Tout ceci concourt bien entendu à diminuer, de façon significative, l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé.*

Dans un volumineux rapport « Diet and Health Implication for Reducing Chronic Disease Risk » le National Research Council[18] affirme qu'il est démontré clairement qu'une grande quantité des gras et autres lipides dans la diète est un facteur de risque des maladies athérosclérotiques, et de façon un peu moins évidente, de certains types de cancers et possiblement de l'obésité. Le lien entre l'apport d'acide gras saturés et de cholestérol et l'athérosclérose est particulièrement fort et convaincant.

Selon le Cardiac Rehabilitation Clinical Practice Guideline[4], des interventions intensives d'éducation de « *counseling* » et de changement de comportement améliorent la diète en diminuant l'apport alimentaire de gras et de cholestérol. Ces interventions, avec ou sans médicaments hypolipémiants, amènent une baisse significative des lipides sanguins. Elles sont donc recommandées en réadaptation cardiaque. L'efficacité de ces mêmes interventions sur la consommation de gras et les taux de lipides sanguins est aussi documentée dans des milieux autres que la réadaptation cardiaque.

Si on compare l'enquête Nutrition Canada 1971 et l'enquête Nutrition Québec 1990, on voit que, dans cet intervalle de 20 ans, les Québécois ont diminué leur consommation des graisses, soit : une diminution de 13 % des lipides totaux, de 22 % des graisses saturées et de 26 % du cholestérol. En 1990, les Québécois consommaient 34,2 % de leurs calories sous forme de lipides dont moins de 12,7 % sous forme de graisses saturées; les hommes consommaient 350 mg de cholestérol par jour et les femmes entre 200 et 265 mg[17]. Rappelons que seulement 30 % des calories devraient provenir des lipides dont moins de 10 % des graisses saturées; et la consommation journalière de cholestérol ne devrait pas dépasser 300 mg.

Le programme prévoit rendre accessibles localement, des ateliers d'alimentation et en faire la promotion. Ces ateliers constituent des moyens utiles à modifier les habitudes alimentaires. Un estimé des coûts de ces ateliers se trouve au tableau 7.

4.3 Cliniques de gestion du stress

> *Des données récentes indiquent que les tensions professionnelles et certaines manifestations de colère et d'hostilité constituent des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires*[3].

Le stress est maintenant reconnu parmi les facteurs de risque de MCV. De plus, il est associé directement aux principaux facteurs de risque que sont l'HTA, l'hypercholestérolémie et le diabète; et il contribue aux facteurs de risque liés aux habitudes de vie, comme le tabagisme, l'alimentation riche en gras et la sédentarité.

L'événement coronarien est un stresseur important qui augmente le niveau de tout stress existant.

Suivre des cours de gestion du stress, apprendre des techniques de relaxation et modifier ses comportements sont des interventions efficaces pour diminuer le stress tel que perçu par l'individu[4].

Un estimé des coûts de ces cliniques se trouve au tableau 8.

4.4 Programme d'encouragement à la pratique de l'activité physique

Compte tenu de son importance en réadaptation cardiaque et de la surveillance nécessaire dans les premiers mois suivant un infarctus du myocarde, il est souhaitable de favoriser l'accessibilité à l'activité physique près du lieu de résidence. Dans ce but, les responsables du programme de réadaptation cardiaque proposent la création d'un programme de subvention à l'activité physique. La pratique d'activités physiques devra se faire dans le respect des normes de l'American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation[19]. L'enseignement, aux patients, de la pratique sécuritaire de l'activité physique devra faire partie des exigences.

L'administration des subventions serait sous la responsabilité de chaque centre hospitalier. Un estimé des coûts de ce programme est produit au tableau 9.

4.5 Éducation médicale spécifique

Le contrôle des facteurs de risque diminue le risque d'un événement cardiaque[20, 21]. En prévention primaire, la baisse du cholestérol diminue de 30 à 35 % le taux de MCV[22, 23]; en prévention secondaire, chez la personne coronarienne, elle diminue la mortalité par MCV de 24 à 33 %[24, 25].

Après un infarctus du myocarde, les programmes d'activité physique réduisent la mortalité de 15 %[4]; l'arrêt de fumer double l'espérance de vie du fumeur et diminue son risque d'arrêt cardiaque[8]; la prescription de B-bloqueurs réduit la mortalité de 20 % environ[26]; et la prise d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) réduit la mortalité des patients insuffisants cardiaques[27]. Le traitement des patients coronariens avec l'aspirine peut diminuer de 33 % l'incidence d'un événement vasculaire[28].

L'étude de Campbell[29], sur la prévention secondaire en pratique générale, en Angleterre, a montré que, parmi les patients coronariens suivis en médecine générale, 85 % de ceux qui avaient eu un infarctus du myocarde au cours des cinq dernières années prenaient de l'aspirine, mais seulement 53 % de ceux qui n'en avaient pas eu en prenaient; seulement 32 % des patients victimes d'un infarctus du myocarde au cours des cinq dernières années prenaient un B-bloqueur; moins de 50 % des insuffisants cardiaques recevaient un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA); la mesure et le contrôle de la pression artérielle correspondaient aux recommandations; mais la mesure du cholestérol avait été faite chez seulement 40 % des patients et n'était conforme aux guides que dans 17 % des cas; 51 % des patients faisaient peu d'activité physique ou pas du tout; 18 % étaient des fumeurs, 64 % étaient obèses et 52 % mangeaient plus gras que recommandé. Campbell conclut qu'il y a un potentiel considérable d'amélioration de la prévention secondaire en médecine générale.

Selon l'étude de Northridge[30], le contrôle des dyslipidémie chez les patients ayant subi un pontage coronarien est inadéquat. Il est démontré qu'il y a une association entre l'hyperlipidémie et la resténose qui survient dans 50 % des cas au cours des dix premières années; il est aussi démontré qu'à deux ans et quatre ans, après le pontage, un traitement hypolipémiant, produisant une baisse du cholestérol, diminue l'incidence des nouvelles lésions sur le greffon veineux. Malgré ces connaissances, seulement 30 des 100 patients de cette étude avaient été référés en diététique et seulement 12 avaient reçu un hypolipémiant.

Au Québec et au Canada, il existe aussi des lacunes dans le traitement préventif des personnes atteintes de MCV. En effet, une étude québécoise[31] et une étude canadienne[32] ont démontré respectivement que 37 et 58 % des patients victimes d'un événement cardiovasculaire n'avaient pas eu de profile complet des lipoprotéines. Alors que les guides basés sur les preuves reconnaissaient l'indication des hypolipémiants chez les patients ayant une maladie coronarienne ou quatre facteurs de risque et des LDL 3,4 mmol/L, l'étude

canadienne[34], conduite en 1995, a révélé que, parmi ces patients à très haut risque, seulement 59 % de ceux qui avaient des LDL > 5,7 mmol/L étaient traités par diète et médicaments.

Une grande partie de la population consulte régulièrement son médecin omnipraticien de sorte que ce dernier peut être considéré un intervenant privilégié pour prévenir les maladies cardiovasculaires, dépister les personnes à haut risque et traiter les personnes atteintes.

C'est dans ce contexte que le Programme de réadaptation cardiaque entend promouvoir l'éducation médicale spécifique aux sujets suivants :

- les facteurs de risque des MCV;
- la pondération du risque en fonction du nombre de facteurs;
- les moyens et les outils utiles à modifier les facteurs de risque : le « *counseling* » pour cesser de fumer, la prescription de la diète, des médicaments et de l'activité physique...;
- le traitement préventif optimal de la personne coronarienne (AAS, B-bloqueurs, hypolipémiants, IECA);
- l'observance aux recommandations médicales.

5. Échéancier d'implantation du programme

En mai 1999, les centres hospitaliers (CH) ont reçu une lettre du Directeur de la santé publique de la Montérégie, annonçant l'élaboration du programme et sollicitant une rencontre de consultation. Les autorités, les médecins et les professionnels de la santé des CH rencontrés ont manifesté leur intérêt pour ce programme et se sont montrés disposés à le réaliser si les ressources financières nécessaires étaient disponibles. Certains professionnels possèdent déjà les habilités nécessaires et les autres pourraient l'acquérir rapidement.

Actuellement, on ne peut établir l'échéancier d'implantation du programme, compte tenu que le financement du programme n'est pas assuré; s'il l'était, une période de 12 mois serait suffisante à l'implantation du programme dans 8 des 10 hôpitaux de courte durée de la Montérégie.

TABLEAUX

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DES HOSPITALISATIONS 1996-1997 POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (CI) EN MONTÉRÉGIE

HÔPITAL	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POUR MYOCARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE
Centre hospitalier Anna Laberge (CHAL)	437
Centre hospitalier de Granby (CHG)	328
Centre hospitalier Pierre-Boucher (CHPB)	580
Centre hospitalier Régional du Suroît (CHRS)	456
Hôpital Barrie Memorial (HBM)	125
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (HBMP)	285
Hôpital Charles Lemoyne (CHLM)	768
Hôpital du Haut-Richelieu (HHR)	659
Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel (HHDS)	268
Réseau Santé Richelieu-Yamaska (RSRY)	423
TOTAL	**4 326**

TABLEAU 2 : HOSPITALISATIONS 1996-1997 EN MONTÉRÉGIE SELON L'HÔPITAL ET LA CATÉGORIE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES (MCV)

CATÉGORIE MCV	CHAL	CHG	CHPB	CHRS	HBM	HBMP	HCLM	HHR	HHDS	RSRY	TOTAL
Maladies cardio-vasculaires[1]	1136	1113	1698	1349	304	682	2031	1821	882	1423	12 439
Myocardiopathie ischémique[2]	437	328	580	456	125	285	768	659	268	423	4 326
Insuffisance cardiaque[3]	167	83	362	186	53	112	280	322	138	222	1 925

[1] CIM-9 390 à 459

[2] CIM-9 410 à 414

[3] CIM-9 428

Source : Tiré du MSSS (1er avril 1996 au 31 mars 1997)

BUDGET

PROGRAMME : **Éducation** (exemple « À VOUS DE JOUER » 4 rencontres mensuelles de 2 heures - 8 sujets d'éducation - 11 sessions/an)

HÔPITAL : Environ 450 hospitalisations annuellement pour cardiopathie ischémique (CI)

ACTIVITÉS : Coordination du programme, animation des rencontres

NOMBRE DE PARTICIPANTS : (90 % de 450 X 0,4) ÷ 11 ≃ 15 personnes/session ou 165/année

Note : on estime que 90 % des patients souffrant de CI ont < 80 ans et qu'environ 40 % s'inscriront à l'éducation.

Tableau - 3

ACTIVITÉS	RESSOURCES HUMAINES				RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES	
	PROFESSION	HEURES				SALAIRE ANNUEL OU COÛT UNITAIRE	BUDGET
		SEMAINE	MOIS	ANNÉE			
Coordination	Infirmier	10 h		520 h		30,60 $/h	15 912 $
Animation des rencontres	Médecin	—		—		RAMQ	—
	Infirmier		3 h	33 h			
	Pharmacien		3 h	33 h			
	Diététiste		3 h	33 h		30,60 $/h	4 040 $
	Psychologue		3 h	33 h			
	Professionnel de l'activité physique		3 h	33 h			
					Local des rencontres (8h/mois) (tableau et chaises (20)) Équipement audiovisuel	Hôpital	—
					Document du participant	2,00 $/unité	330 $
TOTAL							**20 282 $**

BUDGET

PROGRAMME : **Stratification du risque**
HÔPITAL : Environ 450 hospitalisations pour cardiopathie ischémique
ACTIVITÉS : Questionnaire et examen médical - Épreuve d'effort - coordination
NOMBRE DE PARTICIPANTS : 165/an

Tableau - 4

ACTIVITÉS	RESSOURCES HUMAINES				RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES	
	PROFESSION	HEURES				SALAIRE ANNUEL OU COÛT UNITAIRE	BUDGET
		SEMAINE	MOIS	ANNÉE			
Questionnaire etc.	Médecin					RAMQ	—
Coordination 165 X 0,5 h	Infirmier			82,5 h		30,60 $/h	2 524,50 $
					Papeterie		500,00 $
TOTAL							**3 024,50 $**

BUDGET

PROGRAMME : **Relances personnalisées**
HÔPITAL : Environ 450 hospitalisations annuelle pour cardiopathie ischémique
ACTIVITÉS : Évaluation initiale - suivi 3e, 6e, 12e, 24e et 36e mois
NOMBRE DE PARTICIPANTS : 165/an + suivi

Tableau - 5

ACTIVITÉS	RESSOURCES HUMAINES				RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES	
	PROFESSION	HEURES				SALAIRE ANNUEL OU COÛT UNITAIRE	BUDGET
		S	M	A			
1RE ANNÉE D'IMPLANTATION Évaluation initiale 165 X 1,5 h Suivi 330 contacts X 0,5 h	Infirmier			247,5 h 165 h		30,60 $/ h	12 622,50 $
2E ANNÉE Évaluation initiale 165 X 1,5 h Suivi 495 contacts X 0,5 h	Infirmier			247,5 h 247,5 h		30,60 $/h	15 147,00 $
3E ANNÉE Évaluation initiale 165 X 1,5 h Suivi 660 contacts X 0,5 h	Infirmier			247,5 h 330 h		30,60 $/h	17 656, 20 $
4E ANNÉE ET SUBSÉQUENTE Évaluation initiale 165 X 1,5 h Suivi 825 contacts X 0,5	Infirmier			247,5 h 412,5 h		30,60 $/h	20 196,00 $

BUDGET

CLSC
PROGRAMME : **Groupes d'aide à cesser de fumer**
ACTIVITÉS : Huit rencontres de deux heures
NOMBRE DE PARTICIPANTS : Deux sessions/an, 15 à 20 personnes/session

Tableau - 6

ACTIVITÉS	RESSOURCES HUMAINES				RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES	
	PROFESSION	HEURES				SALAIRE ANNUEL OU COÛT UNITAIRE	BUDGET
		S	M	A			
Animation 1 à 2 intervenants selon les rencontres 3 h/rencontre 36 h/session 2 sessions/an	Infirmier ou inhalothérapeute ou psychologue ou diététiste			72 h		30,60 $/h	2 203,20 $
Suivi-Évaluation	Intervenant responsable			24 h		30,60 $/h	734,40 $
					Inscription des participants : 25 $ 2 (15 X 25 $)		(- 750,00 $)
TOTAL							**2 187,60 $**

BUDGET

CLSC
PROGRAMME : **Ateliers d'alimentation**
ACTIVITÉS : Cinq rencontres de deux heures avec démonstration
NOMBRE DE PARTICIPANTS : Deux sessions/an, 15 à 20 personnes/session

Tableau - 7

ACTIVITÉS	RESSOURCES HUMAINES				RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES	
	PROFESSION	HEURES				SALAIRE ANNUEL OU COÛT UNITAIRE	BUDGET
		SEMAINE	MOIS	ANNÉE			
Animation 1 intervenant 3 h/rencontre 15 h/session 2 sessions/an	Diététiste			30 h		30,60 $/h	918,00 $
					Épicerie		200,00 $
Suivi-Évaluation	Intervenant responsable			12 h	.	30,60 $	367,20 $
					Inscription : 10 $ 2 (15 X 10 $)		(-300,00 $)
TOTAL							**1 185,20 $**

BUDGET

CLSC
PROGRAMME : **Gestion du stress**
ACTIVITÉS : Sept rencontres de deux heures
NOMBRE DE PARTICIPANTS : 2 sessions/an, 12 à 15 personnes/session

Tableau - 8

ACTIVITÉS	RESSOURCES HUMAINES				RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES	
	PROFESSION	HEURES				SALAIRE ANNUEL OU COÛT UNITAIRE	BUDGET
		SEMAINE	MOIS	ANNÉE			
Animation 2 intervenants la plupart du temps 3 h/rencontre 36 h/session 2 sessions/an	Infirmier ou Travailleur social ou Psychologue			72 h		30,60 $/h	2 203,20 $
Suivi-Évaluation	Intervenant responsable			20 h		30,60 $/h	612,00 $
					Inscription 10,00 $ 2 (12 X 10 $)		(- 240 $)
TOTAL							**2 575,20 $**

BUDGET

PROGRAMME : **Subvention à la pratique de l'activité physique**
HÔPITAL : Environ 450 hospitalisations annuelle pour CI
ACTIVITÉS : Coordination des subventions
NOMBRE DE PARTICIPANTS : 165 personnes X 0,6 = 100 personnes
(on estime que 60 % des participants à l'éducation et la stratification du risque se prévaudront du programme d'activité physique)

Tableau - 9

ACTIVITÉS	RESSOURCES HUMAINES				RESSOURCES MATÉRIELLES	RESSOURCES FINANCIÈRES	
	PROFESSION	HEURES				SALAIRE ANNUEL OU COÛT UNITAIRE	BUDGET
		SEMAINE	MOIS	ANNÉE			
Subventions 100 personnes X 60 $ X 2 mois							12 000 $
TOTAL							**12 000 $**

ANNEXES

ÉBAUCHE-QUESTIONNAIRE INITIAL

VILLE _____

DOSSIER _____ DATE : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

DATE DE NAISSANCE _____ (ANNÉE) _____ (MOIS) _____ (JOUR)

SEXE FÉMININ ☐ MASCULIN ☐

LANGUE PARLÉE FRANÇAIS ☐ ANGLAIS ☐ AUTRE _____

VIT SEUL(E) ☐ AVEC CONJOINT ☐ AVEC ENFANTS ☐

SCOLARITÉ COMPLETÉE
- ÉTUDES PRIMAIRES ☐
- ÉTUDES SECONDAIRES (DES) ☐
- ÉTUDES PROFESSIONNELLES (DEP) ☐
- ÉTUDES COLLÉGIALES (DEC) ☐
- ÉTUDES UNIVERSITAIRES (BAC, MAITRISE...) ☐

OCCUPATION:

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

PREMIÈRE MANIFESTATION _____ (MOIS) _____ (ANNÉE)

INFARCTUS DU MYOCARDE _____ (MOIS) _____ (ANNÉE)

ANGINE (DATE DE DÉBUT) _____ (MOIS) _____ (ANNÉE)

PONTAGE _____ (MOIS) _____ (ANNÉE)

DILATATION _____ (MOIS) _____ (ANNÉE)

AUTRE _____ DEPUIS _____

MALADIE ACTUELLE

SYMPTÔMES: ANGINE ☐ DOULEURS ☐ ESSOUFFLEMENT AU REPOS ☐

OEDÈME ☐ PALPITATIONS ☐ ESSOUFFLEMENT À L'EFFORT ☐

MÉDICAMENTS ET SUPPLÉMENTS:

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES

❒ PÈRE A FAIT UN INCIDENT CORONARIEN AVANT 55 ANS

❒ MÈRE A FAIT UN INCIDENT CORONARIEN AVANT 65 ANS

❒ FRÈRE A FAIT UN INCIDENT CORONARIEN AVANT 55 ANS

❒ SŒUR A FAIT UN INCIDENT CORONARIEN AVANT 65 ANS

NOTE:

FACTEURS DE RISQUE

- HAUTE TENTION ARTÉRIELLE NON ❒
  OUI ❒ DEPUIS_____ VALEUR SI CONNUE :

TRAITEMENT SANS MÉDICAMENT (DIÈTE SANS SEL, EXERCICES...):
MÉDICAMENT(S):

- TABAC : NON-FUMEUR ❒
  JE FUME_____ CIGARETTES/JOUR DEPUIS_____ ANS
  J'AI ARRÊTÉ DE FUMER _____
  (MOIS/ANNÉE)

- ACTIVITÉS PHYSIQUES : MARCHE ❒ BICYCLETTE ❒ NATATION ❒
  TENNIS ❒ JOGGING ❒
  AUTRE_____
  _____MINUTES/JOUR _____JOURS/SEMAINE

- DIABÈTE : NON ❒
  OUI ❒ DEPUIS _____ VALEUR SI CONNUE :
  MOIS/ANNÉE
  TRAITEMENTS : DIÈTE ❒
  MÉDICAMENTS:

- CHOLESTÉROL ÉLEVÉ : NON ❒
  (LEQUEL?) OUI ❒ DEPUIS: VALEUR SI CONNUE :
  TRAITEMENTS: DIÈTE ❒
  MÉDICAMENTS:

- TRIGLYCÉRIDES ÉLEVÉ : NON ❒
  OUI ❒ DEPUIS _____ VALEUR SI CONNUE
  MOIS/ANNÉE
  TRAITEMENTS: DIÈTE
  MÉDICAMENTS:

- **ALIMENTATION :** (à venir)

- **STRESS :** (à venir)

AUTRES

- **ÉTAT DE BIEN-ÊTRE** (à venir)

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LE PROGRAMME ?

- ❒ PENDANT MON HOSPITALISATION
- ❒ J'ACCOMPAGNE : MON CONJOINT(E) ❒, UN PARENT ❒, UN AMI ❒
- ❒ PAR MON MÉDECIN DE FAMILLE
- ❒ PAR LES MÉDIAS
- ❒ AUTRE _____

COMMENTAIRES:

ÉBAUCHE DE QUESTIONNAIRE DE RELANCES TÉLÉPHONIQUES

VILLE : _____

DOSSIER : _____

	INITIAL	3 MOIS	6 MOIS	12 MOIS	24 MOIS	36 MOIS
MALADIE ACTUELLE						
SYMPTÔMES : angine-douleur	❑	❑	❑	❑	❑	❑
essoufflement repos	❑	❑	❑	❑	❑	❑
essoufflement effort	❑	❑	❑	❑	❑	❑
oedème	❑	❑	❑	❑	❑	❑
palpitations	❑	❑	❑	❑	❑	❑
MÉDICAMENTS						
SUIVI, FRÉQUENCE DES VISITES						
DIVERS						
FACTEURS DE RISQUE						
• HAUTE TENSION ARTÉRIELLE Non	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Oui	❑	❑	❑	❑	❑	❑
DEPUIS	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année
TRAITÉE AVEC HABITUDES DE VIE	❑	❑	❑	❑	❑	❑
MÉDICAMENTS	❑ _____	❑ _____	❑ _____	❑ _____	❑ _____	❑ _____
VALEUR SI CONNUE						
• TABAC NON-FUMEUR	❑	❑	❑	❑	❑	❑
JE FUME	_____ cigarettes/ jour	_____ cigarettes/ jour	_____ cigarettes/ jour	_____ cigarettes/ jour	_____ cigarettes/ jour	_____ cigarettes/ jour
	Depuis _____	Depuis _____	Depuis _____	Depuis _____	Depuis _____	Depuis _____
J'AI ARRÊTÉ	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année

QUESTIONNAIRE ⇨ RELANCES TÉLÉPHONIQUES (suite-1)

VILLE : _____

DOSSIER : _____

	INITIAL	3 MOIS	6 MOIS	12 MOIS	24 MOIS	36 MOIS
• ACTIVITÉS PHYSIQUES						
marche	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bicyclette	☐	☐	☐	☐	☐	☐
natation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tennis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
jogging	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	____ /minute/jour	____ /minute/jour	____ /minute/jour	____ /minute/jour	____ /minute/jour	____ /minute/jour
	____ /jours/semaine	____ /jours/semaine	____ /jours/semaine	____ /jours/semaine	____ /jours/semaine	____ /jours/semaine
• DIABÈTE NON	☐	☐	☐	☐	☐	☐
OUI	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DEPUIS	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année
TRAITÉ DIÈTE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MÉDICAMENTS	☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____
VALEUR SI CONNUE						
• CHOLESTÉROL ÉLEVÉ (triglycérides) Non	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DEPUIS	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année
TRAITÉ DIÈTE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MÉDICAMENTS	☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____
VALEUR SI CONNUE						

QUESTIONNAIRE ⇨ RELANCES TÉLÉPHONIQUES (suite-2)

VILLE : _____

DOSSIER : _____

	INITIAL	3 MOIS	6 MOIS	12 MOIS	24 MOIS	36 MOIS
• ALIMENTATION						
À VENIR						
• STRESS						
À VENIR						
VIT SEUL	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AVEC CONJOINT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AVEC ENFANTS	☐	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONNAIRE ⇨ RELANCES TÉLÉPHONIQUES (suite-3)

VILLE : _____
DOSSIER : _____

	INITIAL	3 MOIS	6 MOIS	12 MOIS	24 MOIS	36 MOIS
PARTICIPATION						
CLINIQUE - ATELIERS						
ARRÊT TABAC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
NUTRITION	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GESTION STRESS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AGTIVITÉS PHYSIQUES	☐	☐	☐	☐	☐	☐
INFLUENCE						
• VOTRE INCIDENT A-T-IL INFLUENCÉ LES HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENTOURAGE ?						
Oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Non	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• LES CHANGEMENTS QUE VOUS AVEZ FAITS ONT-IL INFLUENCÉ LES HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENTOURAGE ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oui	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Non	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bibliographie

Bibliographie

1. CANADA, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Les Canadienss et la santé cardio-vasculaire. Réduire le risque.* Ottawa, 1995.

2. CANADA, STATISTIQUE CANADA, LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE. *Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada,* 1997.

3. CANADA, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, LA FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA. *La déclaration de Victoria sur la santé cardio-vasculaire*, Déclaration du Conseil consultatif, Conférence internationale sur la santé cardio-vasculaire, Victoria, Canada, le 28 mai 1992.

4. U.S. DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SCIENCES. *Cardiac Rehabilitation, Clinical practice Guideline, number 17*, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National heart, Lung and Blood Institute, AHCPR, Publication no. 96-0672, october 1995.

5. FAMILY HEART STUDY GROUP. *Randomised controlled trial evalluating cardiovascular screening and intervention in general practive : principal results of British family heart study*, BMJ 1994;308:313-20.

6. HEALTH CANADA. *Guidelines for establishing standards for cardiovascular services*, Ottawa : 1993.

7. FALLEN E.L., CAIRNS J., DAFOE W., FRASURE-SMITH N., GENEST J. JR., MASSEL D., ET AL. *Management of the postmyocardial infarction patient : a consensus report-revision of 1991 CCS guidelines*, Can J Cardiol, 1995;11:477-86.

8. PASHKOW F.J., DAFOE W.A. *Clinical Cardiac Rehabilitation : A Cardiologist's Guide*, William et Wilkins, Baltimore, 1993.

9. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. *ACSM's Guidelines for Exercice Testing and Prescription*, 5e edition, William and Wilkins, U.S.A., 1995.

10. CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PINEAULT R. *Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé*, Rev. Épidem. et Santé Publ., 1985, vol. 33, p. 173-181.

11. FONDATION DES MALADIES DE CŒUR DU QUÉBEC, *" À vous de jouer " programme d'éducation et de réadaptation des patients cardiaques*, 1992

12. WESTBERG J., AND JACON H. *Chapitre 5. Fostering Healthy Behavior.* Health Promotion and Disease prevention in Clinical Practice, Woolf, Jonas, Lawrence éditors, William and Wilkins, U.S.A., 1996.

13. CUPPLES M.E., McKNIGHT A. *Randomised controlled trial of health promotion in general practice for patients at high cardiovascular risk*, BMJ 1994;309:993-6.

14. KOTTKE T.E., BATTISTA R.N., DEFRIESE G.H., BREKKE M.L. *Attibutes of successful Smoking Cessation Interventions in Medical Practice,* JAMA 1988;259:2883-89.

15. FIORE M.C., NOVOTHY T.E., PIERCE J.P., GIOVINO G.A., HALZIANDREW E.J., NEWCOMB P.A., SURAWICZ T.S., DAVIS R.M. *Methods Used to Quit Smoking in the United States,* JAMA 1990;263:2760-65.

16. BLOUIN, JEAN. *Une thérapie de groupe pour fumeurs,* Le Médecin du Québec, janvier 1985.

17. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un appel à l'action en nutrition au Québec,* Montréal, 28-29 avril 1993 (Actes du colloque).

18. NATIONAL RESEARCH COUNCIL (U.S.). *Diet and Health : Implications for Reducing Chronic Disease Risk,* Commitee on Diet and Health, 1989.

19. AMERICAN ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR AND PULMONARY REHABILITATION. *Guideline for Cardiac Rehabilitation programs,* second edition, 1995.

20. ANDERSON K.M., WILSON P.W.F., ODELL P.M., KANNEL W.B. *An updated coronary risk profile : a statement for health professionals. AHA medical/scientific statement science adversory,* Circulation, 1991; 83:356-362.

21. CONCENSUS CANADIEN DE SANTÉ CANADA (Version mars 1997). *L'investigation et le traitement de l'hyperlipidémie,* Traduction et adaptation : L'Actualité médicale et collaboration avec le Dr Jacques Genest Jr., Un supplément de l'Actualité médicale, 11 juin 1997.

22. FRICK M. H. *Helsinki Heart Study : Primary prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia : Safety of treatment, changes in risk factors, and incidence of coronary heart disease,* N. Eng. J. Med., 1987;317:1237-1245.

23. SHEPHERD J., COBBE S.M., FORD I. et al. *Prevention of coronary heart disease with pravastation in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary prevention Study Group,* N. Eng. J. Med., 1995;333:1301-1307.

24. SACKS F.M., PFEFFER M.A., MOOYE L.A., ROULEAU J.L., RUTHERFORD J.D. COLE T.G. et al. *The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels,* N. Eng. J. Med., 1996;335:1001-9.

25. SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY GROUP. *Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease : the Scandinavian Simvasttin Survival Study (4S),* Lancet, 1994;344:1383-9.

26. YUSUF S., WITTES J., FRIEDMAN L. *Overview of randomised clinical trials in heart disease. I. Treatments following myocardial infarction,* JAMA 1988;260:2088-93.

27. KONSTAM M., DRACUP K. BAKER D., BOTTORFF M.B., BROOKS N.H., DACEY R.A. et al. *Heart failure : evaluation and care of patients with left-ventricular systolic dysfunction. Clinical practice guideline No.11,* Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, 1994.

28. ANTIPLATELET TRIALISTS COLLABORATION. *Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy. I. Prevention of death myocardial infarction and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients,* BMJ 1994;308:81-106.

29. CAMPBELL N.G., THAIN J., DEANS H.G., RITCHIE L.D., RAWLES J.M. *Secondary prevention in coronary heart disease : a baseline survey of provision and possibility in general practice*, BMJ 1998;316:1430-34.

30. NORTHRIDGE D.R., SHANDALL A., REES A., BUCHALTER M.B. *Inadequate management of hyperlipidemia after coronary bypass surgery shown by medical audit*, Br heart J 1994; 72:466-7.

31. XHIGNESSE M., LAPLANTE P., NIYONSENGA T., DELISLE E., VANASSE N., GRANT A.M., BERNIER R. *Physician Knowledge of patient Lipoprotein Profiles : Analysis of the FAMUS Database*, (réumé présenté à la 4e conférence internationale de cardiologie préventive), Montréal, 1997.

32. FODOR J.G, McPHERSON R., DAFOE WA., GRENVILLE A. *Investigation and Treatement of Hypercholesterolemia and other Dyslipidemias in Canadian Primary Care Practice*, (résumé présenté à la 4e conférence internationale de cardiologie préventive, Montréal, 1997.)

Le programme de réadaptation cardiaque de la Montérégie

En Montérégie, les maladies cardiovasculaires causent annuellement plus de 2 800 décès, soit 37 % de tous les décès sur une base annuelle. À elles seules, les cardiopathies ischémiques entraînent plus de 4 300 hospitalisations.

Tous les centres hospitaliers de courte durée (CHCD) de la Montérégie remettent de la documentation aux patients pendant leur séjour à l'unité coronarienne. Certains leurs offrent un programme d'éducation dans le mois qui suit l'hospitalisation. Cependant, aucun n'offre un programme structuré de réadaptation cardiaque qui, par définition, doit comprendre l'éducation, des activités visant la modification des facteurs de risque, dont la pratique de l'activité physique et un suivi sur une certaine période.

Alain Messier
Serge Goulet
José St-Cerny

L'importance des maladies cardiovasculaires en Montérégie, l'efficacité des programmes de réadaptation cardiaque et le manque d'accessibilité à ces programmes justifient amplement l'intervention de la Direction de la santé publique qui recommande la réalisation de programmes de réadaptation cardiaque dans les 10 hôpitaux de courte durée de la Montérégie.

Le programme proposé établit un cadre général que chacun des milieux pourra ensuite adapter selon ses particularités et ses besoins spécifiques.